FORMA N° CGTRP4924122022

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensiones

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1°. - RIESGOS ASEGURADOS:

MAPFRE PERU Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada LA COMPAÑÍA, otorga cobertura a los trabajadores al servicio de EL CONTRATANTE, en adelante denominados EL (LOS) ASEGURADO (S); contra los riesgos de muerte o invalidez derivados de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, sufrido o adquirida, respectivamente, durante el desempeño de las labores de alto riesgo descritas en las Condiciones Particulares y con sujeción a lo dispuesto en la Ley N° 26790 y su reglamento, y sus modificatorias y/o sustitutorias, así como según lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 003-98-SA y sus modificatorias.

ARTÍCULO 2°. - COBERTURAS:

LA COMPAÑÍA se obliga a pagar a LOS ASEGURADOS o BENEFICIARIOS; las prestaciones siguientes:

2.1 PENSIONES POR INVALIDEZ

2.1.1 Invalidez Parcial Permanente:

LA COMPAÑÍA pagará como mínimo una pensión vitalicia mensual equivalente al cincuenta por ciento (50%) de su Remuneración Mensual al ASEGURADO que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en proporción igual o superior al cincuenta por ciento (50%), pero menor a los dos tercios.

Si la Invalidez Parcial Permanente fuera inferior al cincuenta por ciento (50%), pero igual o superior al veinte por ciento (20%), LA COMPAÑÍA pagará, en lugar de la pensión, una indemnización equivalente a veinticuatro (24) mensualidades de pensión calculada en forma proporcional a la que le hubiera correspondido en el caso de Invalidez Total Permanente, según su grado de invalidez.

2.1.2 Invalidez Total Permanente:

LA COMPAÑÍA pagará como mínimo una pensión vitalicia mensual equivalente al setenta por ciento (70%) de su Remuneración Mensual, al ASEGURADO que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en una proporción igual o superior a los dos tercios.

Si la Invalidez Total Permanente produjera en EL ASEGURADO una definitiva incapacidad para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, demandará indispensablemente el auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales de la vida; la pensión será equivalente al cien por ciento (100%) de la Remuneración Mensual del ASEGURADO, pero en ningún caso inferior a la Remuneración Mínima Legal.

2.1.3 Invalidez Temporal:

En caso de Invalidez Temporal, LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la pensión mensual que corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez, hasta el mes en que se produzca su recuperación, según el ÓRGANO COMPETENTE.

2.1.4 El carácter temporal o permanente de la invalidez, se determina en función al grado de recuperabilidad que puede tener una persona al sucederle un siniestro que repute tal condición.

2.2 PENSIONES DE SOBREVIVENCIA

2.2.1 LA COMPAÑÍA pagará pensión de sobrevivencia en caso de fallecimiento del ASEGURADO:

a) Ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o

b) Por cualquier otra causa posterior después de CONFIGURADA una invalidez o mientras se encuentre gozando de pensión de invalidez total o parcial, temporal o permanente; o

c) Producido mientras EL ASEGURADO se encuentre gozando de subsidio de incapacidad temporal a cargo del órgano oficial de la seguridad social, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que la causa de la muerte se encuentre relacionada directamente con tal accidente o enfermedad profesional.

2.2.2 Las pensiones serán calculadas sobre el cien por ciento (100%) de la Remuneración Mensual del ASEGURADO, tal como se define en el Artículo 18.1.2 del Decreto Supremo Nº 003-98-SA, y serán pagadas en los montos y condiciones siguientes:

a) El cuarenta y dos por ciento (42%) de la Remuneración Mensual de EL ASEGURADO para el cónyuge o conviviente que cumpla los requisitos previstos en el artículo 326° del Código Civil de 1984, siempre que no existieran hijos con derecho a pensión;

b) El treinta y cinco por ciento (35%) de la Remuneración Mensual para el cónyuge o conviviente que cumpla los requisitos previstos en el artículo 326° del Código Civil de 1984, siempre que existieran hijos con derecho a pensión, conforme a lo indicado en el literal c) del presente artículo;

c) El catorce por ciento (14%) de la Remuneración Mensual a cada hijo menor de dieciocho (18) años, así como a cada hijo inválido mayor de dieciocho (18) años incapacitado para el trabajo en forma total y permanente;

d) El catorce por ciento (14%) de la Remuneración Mensual de EL ASEGURADO para cada uno de sus padres que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

- Que sean calificados como inválidos total o parcialmente a juicio del ÓRGANO COMPETENTE; en proporción superior al cincuenta por ciento (50%).
- Que tengan más de sesenta (60) años de edad y hayan dependido económicamente del ASEGURADO, de acuerdo con las normas que fije la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones para los afiliados el Sistema Privado de Pensiones que se aplicarán por analogía.

En el caso de concurrencia de beneficiarios, considerar:

a. Cuando existan cónyuge o conviviente e hijos del "ASEGURADO" con derecho a pensión de sobrevivencia, éstos gozarán la que les corresponde en forma concurrente; pero si el monto total excede el 100% de la "Remuneración Mensual" del "ASEGURADO" dichas pensiones quedarán reducidas proporcionalmente de modo tal que, en conjunto, no superen dicha "Remuneración Mensual".
b. Cuando existan cónyuge o conviviente y padres del "ASEGURADO" con derecho a pensión de sobrevivencia, éstos concurrirán en el goce de las pensiones que les corresponda, sin lugar al recalculo previsto en el inciso “a” anterior.
c. Cuando sólo existan hijos y padres del "ASEGURADO", con derecho a pensión de sobrevivencia, todos los hijos concurrirán en el goce de la pensión que les corresponda; pero la pensión de los padres sólo procederá si quedará algún remanente.
d. Cuando existan cónyuge o conviviente, hijos y padres del "ASEGURADO", con derecho a pensión de sobrevivencia; los padres gozarán de las pensiones que les corresponda, sólo si quedara algún remanente luego de aplicar el inciso “a” anterior.
e. De no existir cónyuge o conviviente con derecho a pensión, el porcentaje de la remuneración a que se refiere el inciso a) del Artículo 2.2.2 anterior, se asignará como pensión en caso que quedare un solo hijo como beneficiario, aunque existan padres. De haber dos o más hijos con derecho a pensión, la pensión conjunta se incrementará en 14 puntos porcentuales sobre el porcentaje referido en el inciso a) del Artículo 2.2.2, tantas veces como hijos hubiese, distribuyéndose en parte iguales; pero la pensión de los padres sólo procederá si quedara algún remanente de acuerdo con el inciso “c” anterior.

2.3 GASTOS DE SEPELIO:

En caso de fallecimiento del ASEGURADO como consecuencia inmediata de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro o mientras se encuentre gozando de subsidios a cargo del órgano oficial de la seguridad social por alguna causa relacionada con el accidente de trabajo o enfermedad profesional o por cualquier causa posterior a la obtención de una pensión de invalidez parcial o total , permanente o temporal, bajo este seguro; LA COMPAÑÍA reembolsará los gastos de sepelio a la persona natural o jurídica que los hubiera efectivamente sufragado, hasta el límite correspondiente al mes del fallecimiento, señalado por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y contra la presentación de los documentos originales que sustenten dicho gasto.

ARTÍCULO 3°. - RIESGOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES:

3.1 Este seguro no cubre:

a) La Invalidez configurada antes del inicio de la vigencia de esta póliza;

b) La muerte o Invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o la autoeliminación o su tentativa;

c) La muerte o Invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieren sido declarados por EL CONTRATANTE ante LA COMPAÑÍA;

d) La muerte del ASEGURADO producida, por causas distintas al accidente de trabajo o enfermedad profesional, durante el período de subsidio de incapacidad temporal a cargo del órgano oficial de la seguridad social.

3.2 Asimismo, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2.3 del Decreto Supremo N° 003-98-SA, no constituye accidente de trabajo:

a) El que se produce en el trayecto de ida y retorno a centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta de EL CONTRATANTE en vehículos propios contratados para el efecto;

b) El provocado intencionalmente por el propio trabajador o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal;

c) El que se produzca como consecuencia del incumplimiento del trabajador de una orden escrita específica impartida por el empleador;

d) El que se produzca con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo;

e) El que sobrevenga durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo;

f) Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte de El ASEGURADO;

g) Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú; motín conmoción contra el orden público o terrorismo;

h) Los que se produzcan por efecto de terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza;

i) Los que se produzcan como consecuencia de fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear, salvo cobertura especial expresa.

ARTÍCULO 4°. - DECLARACIONES DEL CONTRATANTE:

4.1 Esta póliza se extiende en forma nominativa en favor de los trabajadores de los centros de trabajo de EL CONTRATANTE donde se realizan las actividades de riesgo descritas en las Condiciones Particulares, así como de los demás trabajadores debidamente declarados e identificados por EL CONTRATANTE que, no perteneciendo a dichos centros de trabajo, se encuentren regularmente expuestos al riesgo de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional en razón de sus funciones.

4.2 EL CONTRATANTE enviará a LA COMPAÑÍA, antes del inicio de cualquier modificación, la información referente a los trabajadores asegurables bajo esta póliza que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración del seguro y para determinar la tasa de seguro aplicable.

4.3 Es obligación de EL CONTRATANTE informar a LA COMPAÑÍA, respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación del riesgo. En dichos, casos se deberá proceder conforme a lo dispuesto en el Artículo 21.

ARTÍCULO 5°. - TASAS Y PRIMAS Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LA PRIMA:

5.1 La tasa de este seguro será aquella que se defina en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, la que se aplicará sobre la Remuneración Mensual de cada ASEGURADO, hasta el límite asegurable. **Esta tasa podrá ser reajustada por LA COMPAÑÍA en función del índice de siniestralidad que experimente la póliza, sin perjuicio del derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato en caso no estuviere de acuerdo con el reajuste efectuado por LA COMPAÑÍA.**

En caso que EL CONTRATANTE declare remuneraciones inferiores a las efectivamente percibidas, LA COMPAÑÍA pagará el íntegro de las pensiones que correspondan al trabajador o beneficiario, pero ejercerá el derecho de repetición contra EL CONTRATANTE por el exceso no cubierto por el seguro.

5.2 Las primas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo serán pagadas, dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes en que se devengan, según la declaración nominativa de planilla del mes inmediatamente anterior que EL CONTRATANTE suministrará a LA COMPAÑÍA conjuntamente con el mencionado pago.

EL CONTRATANTE queda asimismo obligado a reportar nominativamente y en el momento que se produzca, toda incorporación posterior de trabajadores.

5.3 La falta de pago de las primas dentro del plazo estipulado en el numeral anterior, producirá la suspensión automática de este contrato de seguros de acuerdo a lo establecido en el numeral 24.4 del Decreto Supremo N° 003-98-SA. La aseguradora continuará otorgando las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra el empleador por el costo de las mismas.

Dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha del inicio del periodo de suspensión a que se refiere al párrafo precedente, y no habiéndose producido el pago de las primas adeudadas a dicha fecha, LA COMPAÑÍA comunicará por escrito al CONTRATANTE la resolución del contrato de seguros. La cobertura de los trabajadores continuará a cargo de la ONP hasta que se designe una nueva entidad.

ARTÍCULO 6º.- CAUSALES DE RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO:

Resolución:

6.1 Sin expresión de causa:

Después de un año de vigencia de la cobertura de la Póliza, EL CONTRATANTE podrá darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que deberá cursar a LA COMPAÑÍA con no menos de noventa (90) días calendario de anticipación. La resolución no afecta los derechos devengados a favor de EL ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta al CONTRATANTE a prorrata por el periodo no cubierto, para lo cual, LA

COMPAÑÍA procederá a realizar la devolución en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la efectiva resolución de la póliza (posterior al día 90 aplicable por pre aviso).

6.2 Por incumplimiento de pago de EL CONTRATANTE:

Constituye causal de resolución del contrato de seguro el incumplimiento de obligaciones de pago de primas de EL CONTRATANTE, dentro de los plazos detallados en los numerales 5.2 y 5.3 del artículo 5º del presente condicionado.

6.3 Por incumplimiento de los deberes de EL CONTRATANTE:

Constituye causal de resolución del contrato de seguro el incumplimiento de EL CONTRATANTE a sus siguientes deberes:

a) Procurar el cuidado integral de los trabajadores y de los ambientes de trabajo;

b) Diseñar y ejecutar programas de salud ocupacional y seguridad industrial;

c) Informar a LA COMPAÑÍA, sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, así como los cambios que se produzcan en sus centros de trabajo en materia de procesos de fabricación; ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus trabajadores;

d) Facilitar la capacitación de los trabajadores del centro de trabajo en materia de salud ocupacional y seguridad industrial;

e) Las demás obligaciones previstas en la legislación laboral y otras normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial, que puedan incidir en la ocurrencia del siniestro.

El Contrato y los Certificados de Seguro emitidos en base a éste, se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

6.4 Por causal de reajuste de tasa y/o medidas de protección y prevención:

En caso que EL CONTRATANTE no se encuentre de acuerdo con las condiciones de reajuste de las tasas y/o con las medidas de protección y prevención exigidas y/o propuestas por LA COMPAÑÍA en forma escrita, según lo estipulado en los numerales 4.3 y 5.1 del presente condicionado general, tiene un plazo no menor de 30 días calendario, computados desde que EL CONTRATANTE recibe la comunicación escrita, para manifestar su rechazo a la propuesta y resolver el contrato. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta al CONTRATANTE a prorrata por el periodo no cubierto, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a realizar la devolución en el plazo de treinta (30) días calendario contados: (i) a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre la resolución del contrato

de seguro (para el supuesto del numeral 6.3) o (ii) desde la recepción de la comunicación del CONTRATANTE solicitando la resolución del contrato de seguro (para el supuesto del numeral 6.4). Para efecto de la devolución de primas de los mencionados supuestos no se necesita del requerimiento del CONTRATANTE.

Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato y/o certificado de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir, desde el inicio por lo cual se considera que nunca existió dicho contrato y/o certificado y por lo tanto, nunca produjo efectos legales.

El contrato y/o certificado de seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

a) Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.

b) Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE– de circunstancias por éste conocidas, que hubiesen impedido el Contrato y/o certificado de seguro o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

En los casos sobre nulidad de certificados, la relación contractual es nula en la parte que corresponde al ASEGURADO sobre el cual recae la causal de nulidad. La Póliza se mantendrá vigente con respecto a los demás ASEGURADOS y la nulidad de la relación contractual del ASEGURADO causante no genera devolución de primas respecto de los demás ASEGURADOS.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal desde que es conocida por ésta.

La comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunique su decisión de invocar la nulidad debe ser realizada mediante un medio fehaciente.

Las comunicaciones al CONTRATANTE podrán ser enviadas por cualquiera de los medios de comunicación pactados en el artículo 16º del presente Condicionado General. En estos casos se procederá a devolver al CONTRATANTE la totalidad de las primas pagadas del contrato de seguro y/o certificado de seguro que sea nulo, según corresponda, para lo cual LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta, en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la comunicación enviada al CONTRATANTE.

ARTÍCULO 7°. - NEGLIGENCIA GRAVE DEL CONTRATANTE:

En caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional que se produzca como consecuencia directa del incumplimiento de las normas de salud ocupacional o de seguridad industrial o por negligencia grave imputable al CONTRATANTE o por agravación de riesgo o incumplimiento de las medidas de protección o prevención a las que se refiere el artículo 8° del D.S. N° 003-98-SA; LA COMPAÑÍA cubrirá el siniestro, pero podrá ejercer el derecho de repetición por el costo de las prestaciones otorgadas contra EL CONTRATANTE.

ARTÍCULO 8°. - OCURRENCIAS Y SINIESTROS:

EL CONTRATANTE comunicará por escrito a LA COMPAÑÍA, dentro del plazo de cuarenta y ocho (48) horas, o en un término mayor que fuere razonable atendiendo a las circunstancias, la ocurrencia de todo accidente de trabajo, dé o no lugar a reclamación bajo esta póliza, indicando la fecha y hora del accidente, el nombre, apellido, edad, domicilio y labor desempeñada por EL ASEGURADO que ha sufrido el accidente, el lugar y circunstancias en que ocurrió , así como el nombre y domicilio de los testigos. Asimismo, informará en igual plazo el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que suceda primero.

Se entiende producido el siniestro que da origen a las pensiones de sobrevivencia e invalidez y gastos de sepelio: a) El día del accidente, en caso de invalidez o muerte inmediata ocasionada por accidente de trabajo; b) El día de la configuración de la invalidez, en caso de enfermedad profesional; y c) El día de la configuración de la invalidez en caso de accidente de trabajo cuya invalidez no se manifieste inmediatamente.

ARTÍCULO 9°. - ATENCIÓN DE SINIESTROS:

9.1 PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE COBERTURA DE PENSIÓN DE INVALIDEZ POR ACCIDENTE DE TRABAJO.

9.1.1. Para solicitar el beneficio por la cobertura de invalidez del SCTR de un trabajador ASEGURADO que ha sufrido un accidente de trabajo, concluido el periodo máximo de subsidios (11 meses y 10 días), debe presentar los siguientes documentos:

a) Formato de Solicitud de Pensión (Anexo 1)

b) Formato de Denuncia de Accidentes de Trabajo entregado por LA COMPAÑÍA llenado y firmado por la empresa en original (Anexo 2).

c) Informe detallado del accidente elaborado por EL CONTRATANTE o empleador del ASEGURADO, según corresponda, conforme a lo indicado en el artículo 87° de la Ley N° 29783 - Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

d) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente.

e) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente.

f) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud. Si pasado el periodo máximo de subsidios, EL ASEGURADO continúa en tratamiento médico, presentar copias simples de los descansos médicos actuales.

g) Copia simple del documento nacional de identidad de EL ASEGURADO.

h) Declaración jurada de la entidad empleadora y de anteriores empleadores, de ser el caso, en las que acrediten las 12 últimas remuneraciones percibidas por el ASEGURADO, hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los

subsidios por incapacidad temporal que hubiera percibido a cargo de ESSALUD (Anexo 3). En caso que el asegurado hubiera contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la remuneración por el número de meses laborados.

i) Copia simple de las boletas de pago que sustenten las remuneraciones detalladas en la declaración jurada referida en el ítem anterior.

(*) En caso el ASEGURADO no haya laborado durante uno o algunos meses dentro del periodo solicitado, el ASEGURADO deberá presentar una carta simple indicando el hecho

9.1.2. Una vez verificada la condición de aseguramiento y en caso de que se haya presentado un expediente con la documentación incompleta, se solicitarán los documentos faltantes para emitir el pronunciamiento correspondiente.

9.1.3. Recibida la documentación antes indicada LA COMPAÑÍA procederá a la evaluación de dicha documentación y la calificación de la condición del ASEGURADO mediante una evaluación médica presencial, todo esto dentro del plazo de 10 días calendario, periodo en el que se procederá con el pago respectivo, en caso corresponda.

9.1.4. Si el ASEGURADO no se presentara a las citas médicas programadas con los médicos especialistas, LA COMPAÑÍA se pronunciará en base a la documentación médica presentada, dado que según el artículo 9.1.3, la asistencia a las citas médicas programadas es requerida para la continuidad de la prestación por parte de LA COMPAÑIA.

9.1.5. En función al grado de invalidez determinado, corresponden las siguientes prestaciones:

a) Para la invalidez parcial permanente: disminución de la capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a los 2/3.

LA COMPAÑÍA debe pagar una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de la Remuneración Mensual al ASEGURADO.

b) Invalidez Total Permanente: disminución de la capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los 2/3.

LA COMPAÑÍA deberá pagar, como mínimo, una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su Remuneración Mensual. La pensión será del 100% de la remuneración mensual si el asegurado quedara definitivamente incapacitado para realizar cualquier trabajo remunerado y, además, requiera indispensablemente del auxilio de una persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. En este caso la pensión resultante no podrá ser inferior a la remuneración mínima legal para los trabajadores en actividad.

c) Invalidez Temporal: LA COMPAÑÍA pagará la pensión mensual que corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez a que se refieren los artículos 18.2.1 y 18.2.2 del D.S. 003-98-SA, hasta el mes en que se produzca su recuperación. El carácter temporal o permanente de la invalidez, se determina en función al grado de recuperabilidad que puede tener una persona al sucederle un siniestro que repute tal condición.

d) Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%: En caso que las lesiones sufridas por el ASEGURADO dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%, LA COMPAÑÍA pagará por una única vez al ASEGURADO inválido, el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que correspondería a una Invalidez Permanente Total.

9.1.6. Si el ASEGURADO no está de acuerdo con el grado de invalidez conferido, deberá expresar su disconformidad por escrito, (opcionalmente en formato brindado por LA COMPAÑÍA) y el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación según lo establecido en el artículo 25.6.3 del D.S. N° 003-98-SA para su pronunciamiento en instancia única administrativa.

9.1.7. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

9.1.8. Una vez determinado el grado de invalidez definitivo, y presentados los documentos completos para la solicitud de cobertura incluyendo la carta de conformidad, se abonará la prestación que corresponde en un plazo máximo de diez (10) días útiles contados a partir de la fecha en que se complete la documentación exigible o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del laudo arbitral, según corresponda.

9.1.9. En caso que la invalidez total o parcial sea de naturaleza TEMPORAL, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen, previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también TEMPORAL, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

9.1.10. En caso que la invalidez total o parcial sea de naturaleza PERMANENTE, LA COMPAÑÍA, pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen, siendo obligación del ASEGURADO acudir a las evaluaciones médicas programadas por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

9.2. PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE COBERTURA DE PENSION DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD PROFESIONAL

9.2.1. Para solicitar el beneficio la cobertura por invalidez del SCTR de un trabajador ASEGURADO con diagnóstico de enfermedad profesional, se deben presentar a LA COMPAÑÍA los siguientes documentos:

a) Solicitud de pensión (Anexo 1)

b) Documentos que acrediten la relación causa-efecto entre la actividad laboral y la(s) enfermedad(es) denunciada(s), mediante alguno de los siguientes documentos:

1. Formato de Perfil Ocupacional en hoja membretada con sello y firma de un representante legal de la empresa (Anexo 4) o;

2. IPERC fedateados emitidos por la empresa de los puestos de trabajo en donde laboró los últimos quince (15) años.

Se entiende por IPERC al formato de la Guía Básica sobre Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del CONTRATANTE, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 050-2013-TR.

c) Copia simple del documento de identidad vigente del ASEGURADO.

d) Certificado del médico tratante e historia clínica que contenga el resultado de las evaluaciones que sustenten el diagnóstico de la(s) enfermedad(es) denunciada(s) (radiografías, audiometrías, etc.).

e) Certificado de inicio y fin de goce de subsidios otorgado por EsSalud.

9.2.2. Recibida la solicitud de cobertura, se verificará la condición de aseguramiento del solicitante, para lo cual se tendrá en consideración si la póliza por la que se solicita la prestación se encuentra vigente, y si el asegurado se encuentra declarado en dicha póliza.

Si la póliza no está vigente o el trabajador no ha sido declarado como asegurado, se emitirá un pronunciamiento rechazando la solicitud de cobertura.

9.2.3. Una vez verificada la condición de aseguramiento y en caso de que se haya presentado un expediente con la documentación incompleta, se solicitarán los documentos faltantes.

9.2.4. Una vez recibida la documentación completa, se verificará si existe relación de causalidad entre la enfermedad denunciada y la actividad que realiza el asegurado según la NTS 068-MINSA-DGSP – V1 – Listado de enfermedades Profesionales, referencia oficial para la identificación de enfermedades profesionales.

9.2.5. Asimismo, LA COMPAÑÍA procederá a la evaluación de la documentación antes indicada y calificará la condición de invalidez del ASEGURADO mediante una evaluación médica presencial, pronunciándose respecto de todo dentro del plazo de diez (10) días calendario.

9.2.6. Una vez calificada la documentación médica, contrastando, la documentación presentada, el historial de exámenes médicos ocupacionales y los resultados de las evaluaciones médicas realizadas, se emitirá un pronunciamiento formal en cuanto al grado de invalidez.

En función al grado de invalidez determinado, corresponden las siguientes prestaciones:

a) Para la invalidez parcial permanente: disminución de la capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a los 2/3.

LA COMPAÑÍA debe pagar una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de la Remuneración Mensual al ASEGURADO.

b) Invalidez Total Permanente: disminución de la capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los 2/3.

LA COMPAÑÍA deberá pagar, como mínimo, una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su Remuneración Mensual. La pensión será del 100% de la remuneración mensual si el asegurado quedara definitivamente incapacitado para realizar cualquier trabajo remunerado y, además, requiera indispensablemente del auxilio de una persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. En este caso la pensión resultante no podrá ser inferior a la remuneración mínima legal para los trabajadores en actividad.

c) Invalidez Temporal: LA COMPAÑÍA pagará la pensión mensual que corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez a que se refieren los artículos 18.2.1 y 18.2.2 del D.S. 003-98-SA, hasta el mes en que se produzca su recuperación. El carácter temporal o permanente de la invalidez, se determina en función al grado de recuperabilidad que puede tener una persona al sucederle un siniestro que repute tal condición.

d) Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%: En caso que las lesiones sufridas por el ASEGURADO dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%.

LA COMPAÑÍA pagará por una única vez al ASEGURADO inválido, el equivalente a veinticuatro (24) mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que correspondería a una Invalidez Permanente Total.

9.2.7. Si el ASEGURADO no está de acuerdo con el grado de invalidez conferido, deberá expresar su disconformidad por escrito, (opcionalmente en formato brindado por MAPFRE) y el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación según lo establecido en el artículo 25.6.3 del DS 003-98-SA para su pronunciamiento en instancia única administrativa.

9.2.8. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

9.2.9. Una vez determinado el grado de invalidez definitivo, se abonará la prestación que corresponde en un plazo máximo de diez (10) días calendario contados a partir de la fecha en que se complete la documentación para la solicitud de cobertura o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del laudo arbitral, según corresponda.

9.2.10 En caso que la invalidez total o parcial sea de naturaleza TEMPORAL una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen, previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también TEMPORAL, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

9.2.11 En caso que la invalidez total o parcial sea de naturaleza PERMANENTE LA COMPAÑÍA, pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen, siendo obligación del ASEGURADO acudir a las evaluaciones médicas programadas por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

9.2.12. En caso corresponda el pago de un beneficio, el ASEGURADO deberá presentar los siguientes documentos:

Documentos de liquidación:

a) Declaración jurada de la entidad empleadora y de anteriores empleadores, de ser el caso, en las que acrediten las doce (12) últimas remuneraciones percibidas por el ASEGURADO, hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiera percibido a cargo de ESSALUD (Anexo 3). En caso que el asegurado hubiera contando con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la remuneración por el número de meses laborados.

b) Copia simple de boletas de pago que sustenten las remuneraciones detalladas en la declaración jurada referida en el ítem anterior.

(*) En caso el asegurado no haya laborado durante uno o algunos meses dentro del periodo solicitado, el asegurado deberá presentar una carta simple indicando el hecho.

9.3 PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE COBERTURA DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA

9.3.1. Para solicitar el beneficio de la cobertura del SCTR por pensión de sobrevivencia de un trabajador ASEGURADO, los beneficiarios deben presentar a LA COMPAÑÍA los siguientes documentos:

a) Formato de Denuncia de Accidentes de Trabajo entregado por MAPFRE llenado y firmado por la empresa en original (Anexo 2).

b) Informe detallado del accidente elaborado por el contratante (empresa).

c) Original o copia certificada de certificado médico de defunción.

d) Original o copia certificada de certificado de necropsia.

e) Copia legalizada o certificada, del Atestado Policial o Informe policial o resolución de fiscalía, según corresponda.

f) Copia certificada de examen toxicológico y/o dosaje etílico, en caso corresponda.

(*) En el caso específico que el fallecimiento del ASEGURADO hubiera sido causado por el incumplimiento de una orden escrita expresa emitida por el empleador se deberá presentar:

g) Copia de la orden escrita emitida por el empleador (Memorándum, Reglamento de Seguridad, Procedimientos de trabajo).

h) Copia del cargo de recepción por parte del ASEGURADO de la orden escrita mencionada en el literal anterior, requerida al empleador en caso corresponda.

i) Declaración jurada de "LA ENTIDAD EMPLEADORA" y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que acredite(n) las remuneraciones percibidas por el asegurado durante los 12 meses anteriores al siniestro (Anexo 3). En caso que el asegurado

hubiera contando con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la remuneración por el número de meses laborados.

j) Copia simple de boletas de pago que sustenten las remuneraciones detalladas en la declaración jurada referida en el ítem anterior.

(*) En caso el asegurado no haya laborado durante uno o algunos meses dentro del periodo solicitado, los beneficiarios deberán presentar una carta simple indicando el hecho.

Beneficiarios:

1) Cónyuge:

1.1. Formato de solicitud de pensión (Anexo 1).

1.2. Copia simple del documento de identidad.

1.3 Copia certificada de la partida de matrimonio civil.

2) Conviviente:

2.1. Formato de solicitud de pensión (Anexo 1).

2.2. Copia simple del documento de identidad.

2.3. Copia certificada de la Resolución Judicial de Unión de Hecho consentida o ejecutoriada.

2.4 Escritura Pública de Reconocimiento de Unión de Hecho inscrita en Registros Públicos, conforme a lo previsto en el Título VIII de la Ley de Competencia Notarial en Asuntos No Contenciosos, modificado por la Ley N° 29560.

3) Hijos:

3.1. Formato de solicitud de pensión firmada por apoderado (Anexo 1).

En caso de hijos no natos:

3.2. Original del certificado médico de embarazo.

3.3. Declaración judicial de filiación paterna consentida.

En el caso que sean menores de dieciocho (18) años:

3.4. Copia simple del documento de identidad.

En el caso de los hijos que alcancen los dieciocho (18) años y sigan de forma ininterrumpida estudios superiores (fallecimiento a partir del mes de agosto 2013):

3.5. Copia simple del documento de identidad.

3.6. Declaración jurada en la que se manifieste que los estudios superiores que está realizando corresponden a su primera carrera.

3.7. Plan de estudios de la carrera cursada.

En el caso que sean mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo:

3.8. Copia del documento de identidad

3.9. Certificado Médico que sustente la Invalidez Permanente, de ser el caso.

4) Padres:

4.1. Formato de solicitud de pensión (Anexo 1).

En el caso que sean inválidos total o parcialmente de naturaleza permanente mayor a 50%:

4.2. Copia simple de su documento de identidad.

4.3. Copia certificada de la partida de nacimiento del afiliado.

En el caso que la madre sea mayor de cincuenta y cinco (55) años, el padre sea mayor de sesenta (60) años y que hayan dependido económicamente del causante:

4.4. Copia simple de su documento de identidad.

4.5. Copia certificada de partida de nacimiento del afiliado.

4.6. Declaración jurada en la que se manifieste la dependencia económica respecto del causante.

9.3.2. Recibida la solicitud de cobertura, verificamos la condición de aseguramiento del solicitante:

a) Vigencia de póliza.

b) Trabajador declarado como asegurado.

Si la póliza no está vigente o el trabajador no ha sido declarado como asegurado, emitiremos un pronunciamiento rechazando la solicitud de cobertura.

9.3.3. LA COMPAÑÍA designará un procurador quien se apersonará a lugar de los hechos con el fin de recopilar información sobre el siniestro.

9.3.4. Una vez verificada la condición de aseguramiento y en caso de que se haya presentado un expediente con la documentación incompleta, se solicitaran los documentos faltantes.

9.3.5. Una vez recibida la documentación para la solicitud de cobertura, LA COMPAÑÍA se pronunciará sobre la procedencia de la solicitud en un plazo máximo de diez (10)

días calendario, o desde la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del laudo arbitral, según corresponda:

BENEFICIARIO	PRESTACIÓN
Cónyuge o conviviente si no existieran hijos con derecho a pensión	Pensión Vitalicia equivalente al 42% de la Remuneración Mensual del ASEGURADO.
Cónyuge o conviviente si existieran hijos con derecho a pensión.	Pensión Vitalicia equivalente al 35% de la Remuneración Mensual del ASEGURADO.
Hijos menores de 18 años o inválidos mayores si existe cónyuge o conviviente con derecho a pensión	Pensión hasta cumplir los 18 años de edad (hasta los 28 años si es estudiante) o pensión vitalicia si es invalido, equivalente al 14% de la Remuneración Mensual del ASEGURADO.
Hijos menores de 18 años o inválidos mayores, si no existiera cónyuge o conviviente con derecho a pensión.	Pensión hasta cumplir los 18 años de edad (hasta los 28 años si son estudiante) o vitalicia si son inválidos, equivalente al 42% + 14% -de la Remuneración Mensual del ASEGURADO- por cada hijo, distribuyéndose el total en partes iguales.
Hijo único menor de 18 años o inválido mayor, si no existiera cónyuge con derecho a pensión.	Pensión hasta cumplir los 18 años de edad (hasta los 28 años si es estudiante) o vitalicia si es inválido, equivalente al 42% de la Remuneración Mensual del ASEGURADO.
Padres mayores de 60 años y madres mayores a 55 años, dependientes económicamente del causante o inválidos total o parcialmente en proporción superior al 50%.	Pensión vitalicia equivalente a 14% de la Remuneración Mensual del ASEGURADO. En caso concurran con el cónyuge o conviviente y con los hijos, sólo recibirán la pensión si quedara un remanente.

LA COMPAÑÍA pagará directamente a los beneficiarios, las pensiones que se devenguen, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación para la solicitud de cobertura.

9.3.6. El plazo de presentación de beneficiarios de pensiones de sobrevivencia es de ciento veinte (120) días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO, los beneficiarios que se presenten después de este plazo, no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero, éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión.

9.4 PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO

9.4.1. Para solicitar la cobertura por gastos de sepelio de un trabajador ASEGURADO, el o los reclamantes deben presentar a LA COMPAÑÍA los siguientes documentos:

a) Formato de Denuncia de Accidentes de Trabajo entregado por MAPFRE llenado y firmado por la empresa en original (Anexo 2).

b) Formato de Solicitud de Pensión / Gastos de Sepelio (Anexo 1).

c) Informe detallado del accidente elaborado por el contratante (empresa).

d) Original o copia certificada de certificado médico de defunción.

e) Original o copia certificada de certificado de necropsia, en caso corresponda.

f) Copia legalizada o certificada, del Atestado Policial o Informe policial o resolución de fiscalía, según corresponda

g) Copia certificada de examen toxicológico y/o dosaje etílico, en caso corresponda.

h) Originales de las facturas, boletas de venta, y recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

9.4.2. Recibida la documentación antes indicada, LA COMPAÑÍA se pronunciará dentro del plazo de diez (10) días calendario.

9.4.3. LA COMPAÑÍA pagará a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación para solicitar la cobertura por gastos de sepelio, o laudo arbitral.

ARTÍCULO 10°. - CÁLCULO Y PAGO DE LAS PRESTACIONES:

10.1. Las pensiones de Invalidez y de Sobrevivencia serán calculadas sobre el 100% de la Remuneración Mensual del ASEGURADO, en esta póliza, aplicándose los mismos límites, requisitos, criterios y procedimientos vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones, en cuanto no se encuentren regulados en forma distinta por norma especial.

10.2 Las pensiones de invalidez a favor del ASEGURADO se devengarán desde el día siguiente de finalizado el período de once (11) meses y diez (10) días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el órgano oficial de la seguridad social, siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

10.3 Las pensiones de sobrevivencia se devengarán en la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO.

10.4 LA COMPAÑÍA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO (S) las pensiones que se devenguen, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del Laudo Arbitral, en su caso.

10.5 Las pensiones de sobrevivencia de los BENEFICIARIOS menores de edad, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos, deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

10.6 Los Gastos de Sepelio serán pagados a más tardar dentro de los diez (10) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible o la notificación del Laudo Arbitral, en su caso.

10.7 La mora en el pago de las prestaciones es automática desde el día de su vencimiento, devengando intereses moratorios a razón de la tasa del interés legal en favor del pensionista, salvo que el atraso se origine en la propia mora del

ASEGURADO o de los BENEFICIARIOS en el cumplimiento de las obligaciones que fueren de su cargo.

ARTÍCULO 11°. - VIGENCIA DE LAS PRESTACIONES:

11.1 El derecho a las pensiones permanecerá vigente hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si los hubiere.

11.2 Las prestaciones que se otorguen en virtud de la cobertura de Invalidez y Sepelio tienen como base la veracidad y subsistencia de la información proporcionada por EL CONTRATANTE en la declaración de siniestro y por el ASEGURADO en cuanto a los documentos médicos, exámenes clínicos, elementos auxiliares o informes que respaldan su condición de invalidez y los BENEFICIARIOS en cuanto a la declaración de su estado de salud en la Solicitud de Pensión de Sobrevivencia y documentos con los que se acrediten su derecho.

11.3 EL ASEGURADO o los BENEFICIARIOS presentarán a LA COMPAÑÍA semestralmente, un certificado de Supervivencia a fin de constatar la subsistencia de su derecho a la pensión. LA COMPAÑÍA podrá retener el pago de las subsiguientes pensiones hasta que se cumpla con este requisito.

11.4 LA COMPAÑÍA podrá solicitar la presencia física del ASEGURADO o BENEFICIARIO en fechas que determinará y avisará oportunamente. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá efectuar la verificación de la Supervivencia y/o domicilio del ASEGURADO o BENEFICIARIO.

11.5 Ante el fallecimiento de algún BENEFICIARIO, la pensión de sobrevivencia que estuviere percibiendo no se transmite a sus herederos ni a los otros beneficiarios sobrevivientes, salvo las devengadas y no pagadas, con anterioridad al fallecimiento, de acuerdo con las normas sucesorias.

11.6 La pensión de invalidez total o parcial de naturaleza temporal deja de percibirse desde el momento en que el Instituto Nacional de Rehabilitación verifique la inexistencia de la condición de inválido o la disminución del grado de invalidez. En este último caso, se reajustará la pensión al grado de invalidez que corresponda.

11.7 La pensión de invalidez, total o parcial, de naturaleza, permanente, o la pensión de sobrevivencia, en su caso, se deja de percibir o se reajusta, en el momento en que el Instituto Nacional de Rehabilitación certifique la inexistencia de la condición de inválido del ASEGURADO o BENEFICIARIO, o la disminución del grado de invalidez.

11.8 EL ASEGURADO inválido que se compruebe que está laborando en una condición de salud (capacidad productiva) mayor a la que dio origen a la pensión de invalidez, según el dictamen del Instituto Nacional de Rehabilitación, quedará obligado a devolver las pensiones indebidamente percibidas, o, en su defecto, LA COMPAÑÍA quedará facultada para efectuar descuentos de las pensiones de invalidez futuras hasta completar el total del monto de las pensiones indebidamente percibidas, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos, sin perjuicio del derecho de EL ASEGURADO a recibir pensiones futuras que le correspondan.

11.9 El representante de los BENEFICIARIOS que no notifique a LA COMPAÑÍA el fallecimiento de alguno de los BENEFICIARIOS con derecho a pensión, dando lugar a que se efectúe el cobro ilícito de la pensión que correspondía al BENEFICIARIO fallecido;

quedará obligado a devolver las pensiones indebidamente percibidas o, en su defecto, LA COMPAÑÍA quedará facultada para efectuar descuentos de las pensiones de sobrevivencia futuras hasta completar el total del monto de las pensiones indebidamente percibidas, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos; sin perjuicio de las acciones civiles y penales a que hubiere lugar.

ARTÍCULO 12°. - REAJUSTE DE LAS PENSIONES:

12.1 Las pensiones pactadas en moneda nacional serán reajustadas trimestralmente en la forma prevista por el Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones, según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que elabora el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) o el indicador que lo sustituya, en los períodos que se inician en los meses de enero, abril, julio y octubre, tomando en consideración la inflación acumulada en el trimestre anterior.

12.2 Las pensiones pactadas en moneda extranjera se sujetarán a las reglas que para los afiliados al sistema Privado de Pensiones apruebe la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones.

ARTÍCULO 13°. - TERRITORIALIDAD:

El contrato es exigible sobre de los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional**, salvo las coberturas especiales expresamente pactadas para viajes en comisión de servicios o actividades de riesgo que por su propia naturaleza exigen el amparo de los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales producidos en el extranjero.**

ARTÍCULO 14°. - PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS:

Los usuarios y/o consumidores, entendiéndose éstos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑIA; podrán presentar requerimientos y reclamos a través de las plataformas establecidas por LA COMPAÑÍA y/o cualquier otro medio que establezca la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

Requerimientos:

- Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del requerimiento.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU http://www.mapfre.com.pe enlazándose al link de “Atención de Consultas” https://www.mapfre.com.pe/atencion-de-consultas-solicitudes/.

Reclamos:

- Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del hecho reclamado y documentos que adjunta.

- Libro de Reclamaciones Virtual, que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑIA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU http://www.mapfre.com.pe enlazándose al link de Libro de Reclamaciones" (Reclamos y/o Quejas).

La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de treinta (30) días calendario de presentada la carta a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta, se le tendrá por desistido.

Para cualquier consulta respecto a su reclamo, puede comunicarse con la Central de Atención al Cliente al teléfono 213-3333 (en Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia) o dirigirse a las plataformas de Atención al Cliente de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias. La relación completa de oficinas de LA COMPAÑÍA se encuentra disponible en la Página Web o a través de la Central de Atención al cliente.

ARTÍCULO 15°. - MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

15.1 En caso de existir discrepancias respecto de la condición del grado de invalidez del ASEGURADO o del BENEFICIARIO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, solicitará la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud – SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

15.2 Si las discrepancias no versaran sobre la condición o grado de invalidez del ASEGURADO o del BENEFICIARIO, el asunto será directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la SUSALUD.

ARTÍCULO 16°. - COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES:

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tengan que hacerse entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de LA COMPAÑÍA o al último domicilio de EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 17°. - TRIBUTOS:

Todos los tributos, presentes y futuros, que graven las primas o sumas aseguradas, así como su liquidación y las pensiones serán a cargo de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o de los BENEFICIARIOS.

ARTÍCULO 18°. - VIGENCIA DEL CONTRATO:

El presente contrato entra en vigor a partir de la fecha de inicio de vigencia que se señala en las Condiciones Particulares, y se celebra a plazo indefinido, pudiendo ser resuelto únicamente por las causales a las que se refiere el Artículo 6º de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 19°. - DEFINICIONES:

Las partes convienen que, para los efectos de esta póliza los términos que se indican a continuación se entenderán en el sentido de las definiciones siguientes:

LA COMPAÑÍA: MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS.

CONTRATANTE: La entidad empleadora que celebra con LA COMPAÑÍA el presente contrato de seguro y se obliga al pago de la prima. Sólo EL CONTRATANTE puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CENTRO DE TRABAJO: Se considera Centro de Trabajo al establecimiento de la Entidad Empleadora en el que se ubican las unidades de producción en las que se realizan las actividades de riesgo inherentes a la actividad descrita en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-97-SA. Incluye a las unidades administrativas y de servicios que, por su proximidad a las unidades de producción, expone al personal al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propio de la actividad productiva.

ACCIDENTE DE TRABAJO: De acuerdo con el artículo 2° del Decreto Supremo N° 003-98-SA se considera accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo.

Se considera igualmente accidente de trabajo:

a) El que sobrevenga al trabajador ASEGURADO durante la ejecución de órdenes de la Entidad Empleadora o bajo su autoridad, aun cuando se produzca fuera del centro y de las horas de trabajo.

b) El que se produce antes, durante después de la jornada laboral o en las interrupciones del trabajo, si el trabajador ASEGURADO se hallará por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo de la Entidad Empleadora, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.

c) El que sobrevenga por acción de la Entidad Empleadora o sus representantes o de tercera persona, durante la ejecución del trabajo.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: De acuerdo con lo establecido por el Artículo 3 del Decreto Supremo N°003-98-SA, se entiende como enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o de medio en que se ha visto obligado a trabajar.

La tabla de Enfermedades Profesionales y su vinculación causal con la clase de trabajo que la origina será aprobada por el Ministerio de Salud, a propuesta de la Comisión Técnica Médica a que se refiere el artículo 30° del Decreto Supremo Nº 003-98-SA.

ASEGURADO: De acuerdo a lo establecido en el artículo 6 del Decreto Supremo N° 003-98-SA son asegurados obligatorios la totalidad de los trabajadores del centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades previstas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, sean empleados u obreros, sean eventuales, temporales o permanentes.

BENEFICIARIOS: Personas que, de acuerdo a lo indicado en la Ley Nº 26790 y normas complementarias, tienen derecho a las prestaciones de sobrevivencia y gastos de sepelio del seguro complementario de trabajo de riesgo frente al fallecimiento de EL ASEGURADO.

INVALIDEZ: Estado de incapacidad total o parcial para el trabajo habitual ocasionada por accidente de trabajo o enfermedad profesional, teniendo en cuenta factores asociados a la disminución orgánica, funcional o mental tales como edad, educación y experiencia laboral.

INVALEZ PARCIAL: Disminución en la capacidad de trabajo en una proporción igual o mayor al veinte (20%) de la existente antes de la enfermedad o accidente, pero menor o igual a los dos tercios.

INVALIDEZ TOTAL: Disminución en la capacidad de trabajo en una proporción igual o mayor a los dos tercios de la existente antes de la enfermedad o accidente.

CONFIGURACIÓN DE INVALIDEZ: Es el momento en que en el asegurado se evidencia o manifiesta un menoscabo en su capacidad de trabajo continuo e ininterrumpido igual o mayor al porcentaje establecido en el Decreto Supremo 003-98-SA para determinar la Invalidez.

PÓLIZA: Se entiende el presente Contrato de Seguro, constituido por la solicitud de Seguro, estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y Especiales, endosos y anexos, así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante del Contrato.

ÓRGANO COMPETENTE: Instituto Nacional de Rehabilitación, Organismo que califica la continuidad de la situación de invalidez y evalúa el menoscabo en la capacidad productiva de los ASEGURADOS inválidos que reciben pensión por parte de LA COMPAÑÍA.

REMUNERACIÓN MENSUAL: Se entiende por Remuneración Mensual al promedio de las remuneraciones asegurables de los doce (12) meses anteriores al siniestro, con el límite máximo previsto en el tercer párrafo del artículo 47° del Decreto Supremo Nº 004-98-EF actualizado según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que publica el INEI o el indicador que lo sustituya, de acuerdo con las reglas vigentes para los afiliados al sistema privado de pensiones. Para tal fin la remuneración asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de las primas. En caso el afiliado tenga una vida laboral activa menor a doce (12) meses, se tomará el promedio de las remuneraciones que haya recibido durante su vida laboral actualizado de la forma señalada precedentemente.

REMUNERACIÓN ASEGURABLE: La Remuneración Asegurable está constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del afiliado percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que deban atribuirse de acuerdo a las normas tributarias sobre la materia.

En el caso de los trabajadores dependientes, se considera remuneración asegurable a la remuneración computable a que se refiere el Texto Único Ordenado de la Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, aprobado por Decreto Supremo N° 001-97-TR y sus normas reglamentarias o las que las sustituyan.

Los subsidios de carácter temporal que perciba el trabajador cualquiera sea su naturaleza, se consideran dentro del concepto de remuneración para el cómputo de la "Remuneración Mensual" y se encuentran afectos a las primas por las Coberturas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. El mismo tratamiento recibirán las gratificaciones ordinarias, es decir aquellas que se otorguen en períodos regulares y estables en el tiempo.

Para estos efectos se considera que una gratificación adquiere regularidad cuando es abonada por el empleador a la generalidad de trabajadores o a un grupo de ellos, durante dos (2) años consecutivos, cuando menos en períodos semestrales.

ARTÍCULO 20°. - DATOS PERSONALES:

El CONTRATANTE del seguro autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente para la emisión de la Póliza y la actualización de los mismos para:

- Dar cumplimiento al propio contrato de seguros.
- Realizar estudios estadísticos.
- Realizar análisis de siniestralidad.
- Remitir información sobre productos y servicios de LA COMPAÑÍA y de las distintas empresas del Grupo MAPFRE, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita.

Se entiende por empresa del Grupo MAPFRE, a toda aquella empresa que pertenece al mismo grupo económico, según la definición de la Resolución SBS 5780-2015.

- Flujo transfronterizo de la información a otras entidades, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del seguro, así como para garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia.
- Gestión de otras solicitudes o contratos de seguro por parte de las distintas empresas del Grupo MAPFRE.

Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras empresas COMPAÑÍAS y RECOMPAÑÍAS, así como a otras personas naturales o jurídicas con las que las empresas del Grupo MAPFRE mantienen o suscriban acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El archivo se encuentra bajo la supervisión y control de LA COMPAÑÍA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

ARTÍCULO 21°. - AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El CONTRATANTE deberá informar a LA COMPAÑÍA, respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación en el riesgo, en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido. Cursado el aviso, LA COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15) días calendario para comunicar al CONTRATANTE su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir las medidas de protección o prevención que correspondan.

Vencido este plazo, se entenderá que ha optado por mantener la cobertura sin reajuste de primas y sin exigir las medidas de protección y prevención antes señaladas. En caso que EL CONTRATANTE no se encuentre de acuerdo con el ajuste de las primas

o las medidas de protección o prevención exigidas, podrá resolver el contrato concertando la cobertura de otra aseguradora.

La agravación de riesgo también comprende el incremento de la siniestralidad.

ARTICULO 22°. - MODIFICACIONES DURANTE LA VIGENCIA:

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días calendario desde que la misma fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado, a excepción de lo establecido en el numeral 6.4 del artículo 6° de las Condiciones Generales.

ARTICULO 23°. - PRESCRIPCIÓN:

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo legal de diez (10) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro. En caso de cobertura de fallecimiento dicho plazo se contabiliza para los BENEFICIARIOS a partir de que estos conocen la existencia del beneficio.

No obstante, tienen carácter de imprescriptible las acciones mediante las cuales se solicita el otorgamiento de una pensión de invalidez.

Las Condiciones Especiales del contrato prevalecen sobre las Condiciones Particulares y estas prevalecen sobre las Condiciones Generales.

ANEXO 1
SOLICITUD DE PENSIÓN
SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

Fecha: __/__/__
____ SOLICITA PENSIÓN / INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ
____ SOLICITA PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA
____ SOLICITA REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO

MOTIVO:
____ ENFERMEDAD PROFESIONAL
____ ACCIDENTE DE TRABAJO
DETALLAR ENFERMEDAD: _____

1. CONTRATANTE

RAZON SOCIAL: _____
____ ACTIVO
____CESADO FECHA DE CESE: ___/___/___.

2. DATOS PERSONALES DE ASEGURADO (TRABAJADOR)

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___
FECHA DE SINIESTRO: ___/___/___
REMUNERACIÓN PROMEDIO MENSUAL: S/. _____

3. DATOS DE BENEFICIARIOS

3.A. CONYUGE / CONVIVIENTE

	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	CE / DNI
1.			

3.B. HIJOS

	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	CE / DNI
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

3.C. PADRES

	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	CE / DNI
1.			
2.			

4. DATOS DEL SOLICITANTE

____ ASEGURADO / TRABAJADOR
____ BENEFICIARIO / APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
CELULAR: _____
E MAIL: _____
DOMICILIO: _____
DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____
DEPARTAMENTO: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE:

Importante: La Compañía tiene la obligación de entregar la póliza del seguro necesarios, según el número de asegurados de la póliza, al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado la solicitud de seguro.
EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por EL ASEGURADO, sin prejuicio de pago que corresponde efectuar por dicho servicio adicional.

ANEXO 2

N° DE ACCIDENTE	_____

DENUNCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL: _____
DOMICILIO: _____
DEPARTAMENTO: _____
ACTIVIDAD: _____ (TABLA 1) DETALLE DE ACTIVIDAD: _____

DATOS DE ACCIDENTADO (TABLA 2)

NOMBRE: _____ SEXO: _____
NACIONALIDAD: _____ DNI N° _____ N° ESSALUD: _____
ESTADO CIVIL: _____
DOMICILIO: _____ CODIGO POSTAL: _____
PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: _____ REGIMEN PREVISIONAL: _____
RELACIÓN LABORAL: _____ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____ ACTIVIDAD: _____
ANTIGUEDAD EN EL PUESTO: _____ TURNO HABITUAL: _____
INCAPACIDADES PRE-EXISTENTES: _____
FECHA DE INCAPACIDAD: ___/___/___

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA ___/___/___ HORA _____: _____ INICIO DE JORNADA: _____
FIN DE JORNADA: _____
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO: _____
LUGAR DE OCURRENCIA: _____
EN EL TRABAJO: _____ EN OTRO CENTRO DE TRABAJO: _____
REALIZA TRABAJO HABITUAL: SI _____ NO _____
TURNO FIJO: _____ ROTATIVO: _____
JORNADA DIURNA: _____ JORNADA NOCTURNA: _____
DESCRIBA LA LABOR QUE REALIZABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: _____
_____
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: _____
FORMA DEL ACCIDENTE: _____ (TABLA 3)
PARTE DEL CUERPO AFECTADO: _____ (TABLA 4)
AGENTE CAUSANTE: _____ (TABLA 6)
NATURALEZA DE LA LESIÓN: _____ (TABLA 5)
¿ES ZURDO?: _____

TESTIGOS

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____
CLÍNICA U HOSPITAL QUE EFECTUÓ ATENCIÓN INMEDIATA: _____
DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELEFONO: _____
GRADO DE LA LESIÓN SUFRIDA: LEVE: ____ GRAVE: ____ MUERTE: ____
MEDICO: _____

DATOS DE TERCEROS RESPONSABLES
NOMBRES Y APELLIDOS: _____ TELEFONO: _____
DOMICILIO: _____
HA EFECTUADO DENUNCIA POLICIAL: _____
COMANDANCIA: _____ LOCALIDAD: _____

DATOS ECONÓMICOS
ADJUNTAR LAS 12 ÚLTIMAS BOLETAS DE LA REMUNERACIÓN ANUAL

_____
FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

FECHA: ____/____/____.

TABLAS

TABLA 1: ACTIVIDADES PRODUCTIVAS DE ALTO RIESGO		
130 Pesca.	351 Fabricación de sustancias químicas industriales.	381 Fabricación de productos metálicos.
220 Producción de Petróleo crudo y gas natural.	352 Fabricación de otros productos químicos.	382 Construcción de maquinarias.
230 Extracción de minerales metálicos.	353 Refinerías de petróleo.	410 Electricidad, gas y vapor.
290 Extracción de otros minerales.	354 Fabricación de productos derivados del petróleo y carbón.	500 Construcción.
314 Industria del tabaco.	356 Fabricación de productos plásticos,	713 Transporte aéreo.
321 Fabricación de textiles.	362 Fabricación de vidrio y productos de vidrio.	933 Servicios médicos y odontológicos, otros servicios de sanidad y veterinaria.
323 Industrias del cuero y productos del cuero y sucedáneos.	369 Fabricación de otros productos minerales no metales.	
331 Industrias de la madera y productos de madera y corcho.	371 Industria básica de hierro y acero.	
TABLA 2: TIPO DE TRABAJADOR		
1 Empleado.	4 Capataz.	7 Otros.
2 Funcionario.	5 Técnico.	
3 Jefe de planta.	6 Operario.	
TABLA 3: FORMA DEL ACCIDENTE		
1 Caída de personas a nivel.	11 Exposición al frio.	21 Contacto con calor.
2 Caída de personas de altura.	12 Exposición al calor.	22 Explosión o implosión.
3 Caída de personas al agua.	13 Exposición a radiaciones ionizantes.	23 Incendio.
4 Caída de objetos.	14 Exposición a radiaciones no ionizantes.	24 Atropellamiento por animales.
5 Derrumbes o desplomes de Instalaciones.	15 Exposición a productos químicos.	25 Mordedura de animales.
6 Pisadas sobre objetos.	16 Contacto con electricidad.	26 Choque de vehículos.
7 Choque Contra objetos.	17 Contacto con productos químicos.	27 Atropellamiento por vehículos.
8 Golpes por objetos (excepto caídas).	18 Contacto con fuego.	28 Falla en mecanismos para trabajos hiperbáricos.
9 Aprisionamiento o atrapamiento.	19 Contacto con materias calientes incandescentes.	29 Agresión con armas
10 Esfuerzos físicos excesivos o falsos movimientos.	20 Contacto con frío.	99 Otras formas.
TABLA 4: PARTES DEL CUERPO LESIONADA		
1 Región craneana (cráneo cuero cabelludo).	30 Hombro (con inclusión de clavículas, omóplato y axila).	49 Miembro inferior, ubicaciones múltiples. (elaborar informe especial).
2 Ojos (con Inclusión de los párpados, la órbita y el nervio óptico).	31 Brazo.	50 Aparato cardiovascular en general.
6 Boca (con inclusión de labios, dientes y lengua).	32 Codo.	70 Aparato respiratorio en general.
9 Cara (ubicación no clasificada en otro epígrafe).	33 Antebrazo.	80 Aparato digestivo en general.
10 Nariz y senos paranasales.	34 Muñeca.	100 Sistema nervioso en general.
12 Aparato auditivo.	35 Mano (con excepción de los dedos solos).	133 Mamas.

15 Cabeza, ubicaciones múltiples.	36 Dedos de las manos.	134 Aparato genital en general.
16 Cuello.	39 Miembro superior, ubicaciones múltiples.	135 Aparato urinario en general.
20 Reglón cervical.	40 Cadera.	140 Sistema hematopoyético en general
21 Región dorsal.	41 Músculo.	150 Sistema endocrino en general.
22 Región lumbosacra (columna vertebral y músculos adyacentes).	42 Rodilla.	160 Pie (sólo afecciones dérmicas).
23 Tórax (costillas, esternón)	43 Pierna.	180 Aparato psíquico en general.
24 Abdomen (pared abdominal).	44 Tobillo.	181 Ubicaciones múltiples, compromiso de dos o más zonas afectadas especificadas en la en la tabla.
25 Pelvis.	45 Pie (con excepción de los dedos solos).	
29 Tronco, ubicaciones múltiples.	46 Dedos de los pies.	
TABLA 5: NATURALEZA DE LA LESION		
1 Escoriaciones.	9 Torceduras y esguinces.	17 Intoxicaciones.
2 Heridas punzantes.	10 Luxaciones.	18 Asfixia.
3 Heridas cortantes.	11 Fracturas.	19 Efectos de la electricidad.
4 Heridas contusas (por golpes o de bordes irregulares).	12 Amputaciones.	20 Efectos de las radiaciones.
5 Herida de bala.	13 Gangrenas.	21 Disfunciones orgánicas.
6 Pérdida de tejidos.	14 Quemaduras.	99 Otros (elaborar informe especial).
7 Contusiones.	15 Cuerpo extraño en ojos.	
8 Traumatismos internos.	16 Enucleación (perdida ocular).	
TABLA 6: AGENTE CAUSANTE		
Partes de la Edificación	31 Vehículos o medios de transporte en general.	77 Factores climáticos.
1 Piso.	32 Máquinas y equipos en general.	79 Arma blanca.
2 Paredes.	33 Herramientas (portátiles, manuales, mecánicas. eléctricas, neumáticas, etc.).	80 Arma de fuego.
3 Techo.	34 Aparatos para izar o medios de elevación.	**Enfermedades profesionales.**
4 Escalera.	76 Onda expansiva.	1 Neumoconiosis causada por polvos minerales esclerósenos (silicosis, antracosilicosis, asbestosis) y silicosis tuberculosis siempre que la silicosis sea una causa determinada de incapacidad y muerte.
5 Rampas.	**Materiales y/o elementos utilizados en el trabajo.**	2 Enfermedades causadas por el Berilio (glucinio) o sus compuestos tóxicos.
6 Pasarelas.	40 Matrices.	3 Enfermedades causadas por el Fósforo o sus componentes tóxicos.
7 Aberturas, puedas, portones, persianas.	41 Paralelas.	4 Enfermedades causadas por el Manganeso o sus componentes tóxicos.
8 Ventanas.	42 Banco de trabajo.	5 Enfermedades causadas por el Cromo o sus componentes tóxicos.
Instalaciones complementarias.	43 Recipientes	6 Enfermedades causadas por el Arsénico o sus componentes tóxicos.

10 Tubos de ventilación.	44 Andamios.	7 Enfermedades causadas por el Mercurio o sus componentes tóxicos.
11 Cañería de gas.	45 Archivos.	8 Enfermedades causadas por el Plomo o sus componentes tóxicos.
12 Cañería de aire.	46 Escritorios.	9 Enfermedades causadas por el Sulfuro de carbono.
13 Cañería de agua.	47 Asientos en general.	10 Enfermedades causadas por los derivados halógenos tóxicos de los hidrocarburos de la serie grasa.
14 Cañería de electricidad.	48 Muebles en general.	11 Enfermedades causadas por el Benceno o sus homólogos tóxicos.
15 Cañería de materias primas o productos.	49 Materias Primas.	12 Enfermedades causadas por los derivados nitratos y amónicos tóxicos o sus homólogos.
16 Cañería de desagües.	50 Productos elaborados.	13 Enfermedades causadas por las radiaciones ionizantes.
17 Rejillas.	**Factores externos al ambiente de trabajo.**	14 Epiteliomas privativos de la piel causados por el alquitrán, brea-betún, aceites, minerales, antraceno o los compuestos, productos o residuos de esas sustancias.
18 Estanterías.	70 Animales.	15 Infección carbuncosa.
30 Electricidad.	71 Vegetales.	

ANEXO 3
DECLARACIÓN JURADA DE REMUNERACIONES

SEÑORES:
MAPFRE PERU VIDA
Presente. -

La empresa XXXXXXXXXX, identificada con RUC N° XXXXXXXXXX, con domicilio en XXXXXXXX, debidamente representada por su Gerente XXXXXXXXXX, identificado con DNI XXXXXXXXX, expresa bajo juramento que el Sr. XXXXXXXXXX, identificado con DNI N° XXXXXXXXXX quien se desempeña en el área XXXXXXXXXXX, ha recibido en los meses de XXXXXXXXXX a XXXXXXXXX las siguientes remuneraciones de acuerdo al detalle:

MES	AÑO	REMUNERACIÓN

_____
FIRMA Y SELLO DEL GERENTE

Nota. Se debe declarar la Remuneración Asegurable (1) (bruta) que recibe el trabajador mensualmente.

(1) Remuneración Asegurable

La Remuneración Asegurable está constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del afiliado percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que deban atribuirse de acuerdo a las normas tributarias sobre la materia.

En el caso de los trabajadores dependientes, se considera remuneración asegurable a la remuneración computable a la que se refiere el Texto Único Ordenado de la Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, aprobado por Decreto Supremo N° 001-97-TR y sus normas reglamentarias o las que las sustituyan.

Los subsidios de carácter personal que perciba el trabajador cualquier sea su naturaleza, se consideran dentro del concepto de remuneración para el computo de la "Remuneración Mensual" y se encuentran afectos a las primas por las coberturas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. El mismo tratamiento recibirán las gratificaciones ordinarias, es decir aquellas que se otorguen en periodos regulares y estables en el tiempo. Para estos efectos se considera que una gratificación adquiere regularidad cuando es abonada por el empleador a la generalidad de trabajadores o a un grupo de ellos, durante dos (2) años consecutivos, cuando menos en periodos semestrales.

En el caso que un trabajador reciba un reintegro de remuneración, éste será declarado como parte de la remuneración del mes en que se paga.

ANEXO 4
PERFIL OCUPACIONAL

Que, el señor _____, identificado con DNI N° _____, trabaja / trabajó al servicio de la Empresa _____, desde el _____ hasta _____, según se detalla a continuación:

AÑO	ÁREA O DEPARTAMENTO	OCUPACIÓN	TIEMPO DE TRABAJO	RIESGOS POTENCIALES*

FECHA: ___/___/___.

_____ _____
FIRMA DEL TRABAJADOR FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

* En este campo se debe de detallar los riesgos que tuvo o a los que ésta expuesto el trabajador como, por ejemplo: exposición a polvos minerales, ruido, entre otros.
****ESTE FORMATO SIRVE COMO EJEMPLO PARA LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO QUE SE DEBE DE PRESENTAR EN HOJA MEMBRETADA CON SELLO Y FIRMA DE UN REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA.**



MAPFRE PERU COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS
RUC: 20418896915
DIRECCIÓN: AV. 28 DE JULIO 873 MIRAFLORES
TELÉFONO: 213-7373
PAGINA WEB: www.mapfre.com.pe

RESUMEN

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - PENSIONES

El siguiente texto es un resumen informativo de las Condiciones Generales del riesgo contratado. Las condiciones aplicables a cada póliza serán las detalladas en las Condiciones Particulares correspondientes.

1. RIESGOS CUBIERTOS:

Este seguro cubre a los trabajadores asegurados por el Contratante, por accidente de trabajo y enfermedad profesional, otorgando a favor de EL ASEGURADO o BENEFICIARIOS, las siguientes prestaciones económicas, según se detallan en los artículos 1º y 2º de las Condiciones Generales:

- **Pensiones por Invalidez**
- **Pensiones de Sobrevivencia**
- **Gastos de Sepelio**

2. VIGENCIA:

Conforme a las Condiciones Particulares de la Póliza y/o los endosos que se suscriban posteriormente.

3. RIESGOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre:

a) La Invalidez configurada antes del inicio de la vigencia de esta póliza;

b) La muerte o Invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o la autoeliminación o su tentativa;

c) La muerte o Invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieren sido declarados por EL CONTRATANTE ante LA COMPAÑÍA;

d) La muerte del ASEGURADO producida, por causas distintas al accidente de trabajo o enfermedad profesional, durante el período de subsidio de incapacidad temporal a cargo del órgano oficial de la seguridad social.

Asimismo, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2.3 del Decreto Supremo N° 003-98-SA, no constituye accidente de trabajo:

a) El que se produce en el trayecto de ida y retorno a centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta de EL CONTRATANTE en vehículos propios contratados para el efecto;

b) El provocado intencionalmente por el propio trabajador o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal;

c) El que se produzca como consecuencia del incumplimiento del trabajador de una orden escrita específica impartida por el empleador;

d) El que se produzca con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo;

e) El que sobrevenga durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo;

f) Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte de El ASEGURADO;

g) Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú; motín conmoción contra el orden público o terrorismo;

h) Los que se produzcan por efecto de terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza;

i) Los que se produzcan como consecuencia de fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear, salvo cobertura especial expresa.

4. MONTO DE LA PRIMA

El monto de la prima se encuentra en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o los endosos que se suscriban posteriormente.

5. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

- En cualquiera de nuestras oficinas ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en la página web http://www.mapfre.com.pe/contactanos.
- En las cuentas recaudadoras “MAPFRE SCTR SOLES” de los bancos:
  Banco de Crédito y Banco Continental, indicando los números de pólizas y el número de DNI, RUC o Carnet de Extranjería del Contratante de la póliza.
- Acercándose a las agencias de cualquiera de los bancos: Banco de Crédito, Scotiabank e Interbank, indicando el número de Recibo de Prima, o el RUC o DNI o Carnet de Extranjería del Contratante de la póliza.

6. CAUSAL DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA:

Según lo dispuesto en el artículo 6.1 de las Condiciones Generales del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo – Pensiones, se establece:

Después de un año de vigencia de la cobertura de la Póliza, EL CONTRATANTE podrá darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que deberá cursar a LA COMPAÑÍA con no menos de noventa (90) días calendario de anticipación. La resolución no afecta los derechos devengados a favor de EL ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta al CONTRATANTE a prorrata por el periodo no cubierto, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a realizar la devolución en el plazo de treinta (30) días

calendario contados desde la efectiva resolución de la póliza (posterior al día 90 aplicable por pre aviso).

7. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE SINIESTROS:

Según lo dispuesto en los artículos 8º y 9º de las Condiciones Generales del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensiones.

8. MEDIO Y PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO:

Comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito en las plataformas de Atención al Cliente de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, dentro del plazo de 48 horas, o en un término mayor que fuere razonable atendiendo a las circunstancias, la ocurrencia de todo accidente de trabajo, dé o no lugar a reclamación bajo esta póliza, indicando la fecha y hora del accidente, el nombre, apellido, edad, domicilio y labor desempeñada por "EL ASEGURADO" que ha sufrido el accidente, el lugar y circunstancias en que ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos. Así mismo, informará en igual plazo el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que suceda primero.

9. CANALES DE ORIENTACIÓN PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

a) Oficinas de LA COMPAÑÏA ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en nuestra página web: http://www.mapfre.com.pe/contactanos.

b) Página Web de MAPFRE PERU http://www.mapfre.com.pe/, enlazándose al link “Atención de Consultas” https://www.mapfre.com.pe/atencion-deconsultas-solicitudes/.

10. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS:

Los usuarios y/o consumidores, entendiéndose éstos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑIA; podrán presentar requerimientos y reclamos a través de las plataformas establecidas por LA COMPAÑÍA y/o cualquier otro medio que establezca la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

Requerimientos

- Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del requerimiento.

- A través de la página Web de MAPFRE PERU enlazándose al link de “Atención de Consultas”: https://www.mapfre.com.pe/atencion-deconsultas-solicitudes/.

Reclamos

- Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del hecho reclamado y documentos que adjunta.

- "Libro de Reclamaciones Virtual", que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑIA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o queja.

- A través de la página Web de MAPFRE PERU http://www.mapfre.com.pe enlazándose al link de "Libro de Reclamaciones" (Reclamos y/o Quejas).

La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta, se le tendrá por desistido.

Para cualquier consulta respecto a su reclamo, puede comunicarse con la Central de Atención al Cliente al teléfono 213-3333 (en Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia) o dirigirse a las plataformas de Atención al Cliente de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias. La relación completa de oficinas de LA COMPAÑÍA se encuentra disponible en la Página Web o a través de la Central de Atención al cliente.

11. INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS, SEGÚN CORRESPONDA:

a) Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
Plataforma de Atención al Usuario (PAU) Lima
Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro, Lima
Otras oficinas a nivel nacional en la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930
www.sbs.gob.pe

b) SUSALUD
Av. Arequipa Nº 810, Cercado de Lima
Teléfonos: 433 0528 / 433 0589
www.susalud.gob.pe

c) INDECOPI
Calle De La Prosa Nº 104, San Borja, Lima
Otras oficinas a nivel nacional en la página web de INDECOPI
Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)
www.indecopi.gob.pe

12. CARGAS Y OBLIGACIONES:

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, EL CONTRATANTE se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

13. MODIFICACIONES DURANTE LA VIGENCIA:

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días calendario desde que la misma fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado, a excepción de lo establecido en el numeral 6.4 del artículo 6° de las Condiciones Generales.

NOTA IMPORTANTE: Las Condiciones Especiales del contrato prevalecen sobre las Condiciones Particulares y estas prevalecen sobre las Condiciones Generales.

